# Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

**Aanhangsel van de Handelingen**

**Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden**

## 1312

Vragen de leden **Bergkamp** (D66) en **Van der Staaij** (SGP) aan de Staatssecretaris en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de continuïteit van hospicezorg* (ingezonden 24 december 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 28 januari 2016). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 1099.

Vraag 1
Kent u de berichten «Hospice vreest deur te moeten sluiten» en «Directeur Hospice blijft knokken»?[1]

Antwoord 1
Ik heb kennis genomen van deze berichten.

Vraag 2
Wat is uw reactie op het feit dat Hospice Dignitas een wachtlijst kent, maar dat wegens gebrek aan financiering niet alle acht bedden bezet kunnen worden?

Antwoord 2
Wachttijden zijn nooit wenselijk en zeker niet wanneer dat betekent dat mensen niet kunnen overlijden waar zij wensen. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders dienen goede contractafspraken te maken over te leveren zorg, waarbij het belang van de patiënt centraal moet staan.
Zoals ik in mijn brief van 14 december 2015[2] aan u heb aangegeven, heb ik recent nog gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te bezien of er knelpunten zijn bij de inkoop van de specialistische zorg binnen de wijkverpleging, waaronder de palliatieve zorg. Uit deze gesprekken kwam naar voren dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders het van groot belang vinden dat palliatieve zorg snel beschikbaar is en tegemoet komt aan de wensen van de patiënt.

[1] «Hospice vreest deur te moeten sluiten» en «Directeur Hospice blijft knokken» (Noordhollands Dagblad, 4 december 2015)
[2] Kamerstuk 29 689, nr. 679

ah-tk-20152016-1312
ISSN 0921 - 7398
's-Gravenhage 2016

Zorgverzekeraars geven aan dat het gecontracteerde zorgaanbod in 2016 grotendeels gelijk is aan dat in 2015. Mocht in de loop van het contracteerjaar blijken dat een zorgverzekeraar toch onvoldoende zorg heeft ingekocht dat dient een zorgverzekeraar bij te contracteren om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. Ik ga ervan uit dat zorgverzekeraars dat ook zullen doen in het geval van Dignitas. Zorgverzekeraar CZ heeft mij bijvoorbeeld laten weten als zorgaanbieders niet uitkomen met de raming van de hoeveelheid zorg, CZ hen vraagt om contact met CZ op te nemen en te kijken of zij samen tot een oplossing kunnen komen. In geval van Dignitas heeft CZ de oorspronkelijke berekening ook al iets opgehoogd om die reden.
Als iemand niet terecht kan in een hospice van zijn of haar keuze (bijvoorbeeld omdat daar geen bedden beschikbaar zijn of dat de zorgverzekeraar deze zorg elders gecontracteerd heeft) dan dient de zorgverzekeraar een alternatief aan te bieden dat aansluit op de wensen van de patiënt.
Ik vind het van belang dat als iemand palliatieve zorg nodig heeft dat deze zorg dan zo snel mogelijk geleverd wordt op een wijze die aansluit op de wensen van de patiënt. Partijen die verantwoordelijk zijn voor het leveren en financieren van de zorg moeten dit proces zo inrichten dat het voor een patiënt of zijn naasten niet nodig is om eerst door een bureaucratische molen te moeten gaan voor de zorg geleverd kan worden.

Vraag 3
Komen wachtlijsten bij hospices vaker voor? Acht u dit bij deze vorm van zorg, die is bedoeld voor mensen die nog maar korte tijd te leven hebben, onwenselijk? Zo ja, hoe wilt u de wachtlijsten voorkomen?

Antwoord 3
Wachtlijsten bij deze zorgvorm zijn zeer onwenselijk. Wachtlijsten bij individuele hospices worden niet landelijk bijgehouden. Wel zijn cijfers bekend over hoe vaak er een capaciteitsknelpunt optreedt en wat de bezettingsgraad is van bijna-thuishuizen en het deel van de high care hospices die zijn aangesloten bij VPTZ Nederland[3] voor 2014; voor 2015 zijn deze cijfers nog niet beschikbaar.
In 2014 konden er van de 8.000 cliënten die gebruik wilden maken van een bed in een hospice aangesloten bij VPTZ, 320 cliënten niet terecht vanwege een tijdelijk tekort aan bedden. Gemiddeld is er sprake van onderbezetting: de bezettingsgraad in 2014 van bijna-thuishuizen bedroeg 69% en van high care hospices 75%.
De conclusie uit deze cijfers is dat lokale tekorten soms voorkomen. Er is volgens de branche niet structureel sprake van wachtlijsten. Het beeld is afhankelijk van de locatie van het hospice, het aantal hospices in een regio en het aantal mensen dat gebruik wil maken van hospicezorg in een bepaalde periode. Binnen de regio's bestaan vaak instrumenten zoals bellijsten om snel een alternatief te kunnen bieden. In ongeveer 80% van de aanvragen gaat de ondersteuning binnen 3 dagen na aanmelding van start en in bijna de helft van de aanvragen is dat al binnen 24 uur het geval.
Mede door de inzet via de subsidieregeling Palliatieve terminale zorg zijn de laatste jaren nieuwe hospices opgericht. Het aantal cliënten dat door bij VPTZ Nederland aangesloten hospices werd ondersteund steeg dan ook met 16%, van 4.900 in 2010 tot bijna 5.700 in 2014.

Vraag 4
Wat is uw reactie op het feit dat twee van de zeven zorgverzekeraars een zorgkostenplafond voor 2016 hebben bepaald, dat slechts een kwart bedraagt van het bedrag dat ze in de eerste negen maanden van 2015 hebben uitgekeerd? Acht u dit een realistisch plafond? Hoe beoordeelt u de situatie dat door dit zorgkostenplafond de mogelijkheid bestaat dat nog tijdens het verblijf van een patiënt het «plafond» wordt bereikt, waardoor niet de volledige kosten voor de patiënt door de zorgverzekeraar vergoed worden? Hoe verhoudt dit zich tot artikel 11 van de Zorgverzekeringswet?

[3] zie VPTZ registratierapportage 2014, p. 17

Antwoord 4
Hospicezorg die vanuit de Zvw wordt ingekocht wordt door zorgverzekeraars met ingang van 2016 rechtstreeks bij de zorgaanbieders ingekocht. Daardoor kunnen er veranderingen optreden in de onderhandelingen en de uiteindelijke contractering. De zorgplafonds worden door zorgverzekeraars in eerste instantie gebaseerd op historische kosten, waarna deze indien nodig kunnen worden bijgesteld in de contractonderhandeling. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht, zij moeten verzekerden voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. Met betrekking tot de palliatieve zorg heb ik recent bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders het belang van goede regionale afspraken benadrukt. Ik heb hen gevraagd om een pro-actieve houding en om er voor te zorgen dat patiënten en hun naasten bij het regelen van tijdige terminale thuiszorg geen belemmeringen ondervinden. Zorgverzekeraars hebben dit inmiddels nogmaals onderschreven.

Vraag 5
Wat is uw reactie op het feit dat het hospice geen inkoop- of onderhandelingsgesprekken met de zorgverzekeraars kan voeren? Komt dit vaker voor? Hoe beoordeelt u dit in het kader van de NZa regel «TH/NR-005 «Transparantie zorginkoopproces Zvw»», die per 1 januari a.s. in werking treedt (NZa: Nederlandse Zorgautoriteit)? Kunt u uiteenzetten hoe de NZa hierop zal toezien? Zal deze regel dergelijke situaties kunnen voorkomen?

Antwoord 5
In de NZa regel «Transparantie zorginkoopproces Zvw» staat dat zowel de zorgverzekeraar als zorgaanbieder, tot het moment waarop de contracten gesloten zijn, beschikbaar moet zijn voor vragen en opmerkingen van de andere partij. In deze regel staat niet dat met elke zorgaanbieder een inkoop- of onderhandelingsgesprek moet worden gevoerd. Gezien het grote aantal zorgaanbieders is het voor zorgverzekeraars niet mogelijk om met elke zorgaanbieder een inkoop- of onderhandelingsgesprek te voeren en wordt er in diverse sectoren met standaardcontracten gewerkt. De NZa ziet toe op het verloop van het contracteerproces en op het naleven van de transparantievoorschriften. Daarnaast kan de invoering van een onafhankelijke geschilbeslechting – zoals aangekondigd in mijn brief Kwaliteit Loont – hierbij een rol vervullen; op dit moment wordt onder coördinatie van Zorgverzekeraars Nederland, samen met de brancheorganisaties van aanbieders, verdere invulling gegeven aan de totstandkoming van een dergelijke geschillencommissie.
Ik heb er vertrouwen in dat zowel de transparantieregeling van de NZa die op 1 januari 2016 in werking is getreden, als de geschillencommissie i.o. positief bijdragen aan inkoop van de specialistische zorg binnen de wijkverpleging.

Vraag 6
Voldoen zorgverzekeraars aan hun zorgplicht indien zij een aanbieder die specialistische zorg levert en een regionale functie vervult maar zeer beperkt contracteren?

Antwoord 6
Zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor hun verzekerden. Daarmee dienen zij verzekerden te voorzien van kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik is af te nemen en tijdig wordt geleverd. Het inkopen van voldoende zorg is onderdeel van de zorgplicht. Maar verzekeraars hoeven niet met alle zorgaanbieders een contract te sluiten. Er is geen contractverplichting. De zorgverzekeraar zal er vanuit zijn zorgplicht voor zorgen dat er voldoende aanbod aanwezig is van regionale voorzieningen zoals hospices. Als in de loop van het jaar mocht blijken dat de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht, dan zal de zorgverzekeraar moeten overgaan tot bijcontractering om aan de zorgplicht te blijven voldoen.

Vraag 7
Kunt u deze vragen nog dit jaar beantwoorden, aangezien het gaat om de financiering voor 2016, die dus nog dit jaar rond moet komen?

Antwoord 7
Vanwege het kerstreces en afstemming met verzekeraars en de NZa, is het niet mogelijk geweest om de vragen binnen deze korte termijn te beantwoorden.